

Población con discapacidad en Argentina y España. Análisis comparativo y modelos de protección social.

Irene Albarrán Lozano, Pablo Alonso González, Roberto Giuliadori, Ana Karl de Vega, Olga Andonian y María Andrea Giuliadori.

Cita:

Irene Albarrán Lozano, Pablo Alonso González, Roberto Giuliadori, Ana Karl de Vega, Olga Andonian y María Andrea Giuliadori (2007). *Población con discapacidad en Argentina y España. Análisis comparativo y modelos de protección social. IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/ixjornadasaepa/102>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/eqfA/V1n>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Población con discapacidad en Argentina y España. Análisis comparativo y modelos de protección social de la dependencia¹

Irene Albarrán Lozano

Pablo Alonso González

Universidad Carlos III de Madrid. España

Roberto F Giuliadori

rgiuliod@eco.unc.edu.ar)

Ana Kart de Vega

Olga Andonian

María Andrea Giuliadori

Universidad Nacional de Córdoba. Argentina

RESUMEN

El trabajo comienza con una breve revisión de los principales antecedentes sobre la evolución del marco conceptual que sirve para enfocar el tema de la discapacidad y, en particular, el de la dependencia. Luego se efectúa una comparación de la estructura de la población de Argentina y España con al menos una discapacidad, utilizando datos de la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censos de Argentina en 2003 y la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) elaborada por el Instituto Nacional de Estadística de España en el año 1999. Se analiza la población con discapacidad de ambos países según algunos perfiles socio-demográficos que sirven para presentar las comparaciones. En otra parte del estudio se incluye una proyección de la población con discapacidad de Argentina a los años 2010 y 2015, y se presenta una breve síntesis de los principales modelos utilizados por países desarrollados para la protección de la dependencia, con especial mención al caso de España, que acaba de introducir importantes modificaciones en esta materia. En la última parte del trabajo se presenta un conjunto de conclusiones que resumen los principales aspectos abordados en la investigación.

Palabras clave: Discapacidad, dependencia, epidemiología, salud, asistencia, protección social.

¹ Presentado a las IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Huerta Grande. Provincia de Córdoba. Octubre 31, Noviembre 1 y 2, 2007. Una versión más amplia fue presentada en las Jornadas de Investigación Sociológica 2007 "Enfoque Social de la Discapacidad" organizadas por la Pontificia Universidad Católica Argentina y realizadas los días 7 y 8 de Agosto 2007, Buenos Aires, Argentina. Trabajo elaborado en el marco del Proyecto de investigación A/2837/05 elegido y financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional (Resolución 16-12-05, BOE del 5 de enero de 2006), Programa de Cooperación Interuniversitaria 2005.

1. Introducción

El estudio de la problemática relacionada con la discapacidad está concentrando en los últimos años un creciente interés a nivel internacional, por la importancia que el tema tiene desde el punto de vista de las condiciones de vida de la población afectada y el aspecto humano que conlleva; y por el potencial impacto que la atención del sector provoca en los programas socio-sanitarios y en los costes derivados de los mismos. El aumento de la longevidad y la caída de la fecundidad de países desarrollados y en vías de desarrollo, unidos al incremento producido en el número de mujeres que se incorporan al mercado laboral (reduciendo de esta forma el apoyo familiar a las personas con discapacidad), determinan una realidad en la que se potencia la demanda de apoyo social, que se acentuará en la medida que se mantengan en el futuro los comportamientos actuales de la estructura demográfica. Esta situación, a la que por cierto Argentina no escapa, obligará a las instituciones sociales y políticas a re-direccionar sus políticas públicas, para lo cual será importante el aporte que surja del desarrollo de líneas de investigación dirigidas a profundizar el conocimiento sobre el problema de la discapacidad y de los temas con los que se relaciona, en especial, la cuestión de la dependencia.

En el presente trabajo se realiza un estudio descriptivo de la población con discapacidad de Argentina, que incluye comparaciones referidas a algunos aspectos de la situación existente en España, por ser un país con el que existe una estrecha relación histórica, demográfica, económica y cultural. También se efectúa una proyección de la población con discapacidad de Argentina para los años 2010 y 2015 y se comentan algunas experiencias internacionales relacionadas con los modelos de protección de la dependencia que se están aplicando.

La principal fuente de información utilizada es la Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad (ENDI) realizada por el INDEC entre noviembre de 2002 y el primer semestre de 2003. Para las comparaciones con España se emplearon los datos de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES) del año 1999 de ese país.

El trabajo está organizado de modo que, en la próxima sección, se analizan aspectos generales relacionados con discapacidad y dependencia y en la sección que le sigue se comparan las poblaciones con discapacidad de Argentina y España, según diferentes variables de clasificación. En la cuarta sección se formula una proyección de la población con discapacidad de Argentina para los años 2010 y 2015 y se mencionan los modelos de vigentes

en países avanzados para la protección social de la dependencia. Por último, en la parte final se resumen las principales conclusiones del trabajo.

2. Discapacidad y Dependencia. Aspectos Generales

Discapacidad

Respecto de la discapacidad, se suele asumir que es una consecuencia de las limitaciones funcionales, cognitivas y emocionales, que proceden de la enfermedad u otras deficiencias corporales, accidentes u otros problemas de salud. Sin embargo, existe una discusión que se mantiene abierta acerca del enfoque bajo el que se debe considerar el problema de la discapacidad. Básicamente hay dos puntos de vista: el médico y el social.

El enfoque médico contempla la discapacidad como un problema “personal”, causado directamente por una enfermedad, un traumatismo o cualquier otra alteración de la salud, que requiere asistencia médica y de rehabilitación en forma de un tratamiento individualizado, prestado por profesionales. Se intenta facilitar la adaptación de la persona a su nueva situación, centrándose en el individuo y sus limitaciones, sin considerar los efectos e interrelaciones con el entorno social.

El enfoque social aborda, en cambio, la cuestión desde el punto de vista de la integración de las personas con discapacidad en la sociedad, considerando que la discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complejo conjunto de condiciones que deben abordarse, con el fin de facilitar la plena participación de todos los individuos en todas las esferas de la vida social. Por tanto, la discapacidad engloba dos vertientes (social y personal), requiriendo tanto atención médica y de rehabilitación, como apoyo para la integración social.

Frente a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) levanta el principio del universalismo, que implica que los seres humanos tienen de hecho, o en potencia, alguna limitación en su funcionamiento corporal, personal o social asociado a una condición de salud. La discapacidad, en todas sus dimensiones, es siempre relativa a las expectativas relacionadas con el funcionamiento de las personas (qué se espera que hagan o no). Una clara consecuencia del universalismo es que, teniendo en cuenta la diversidad de manifestaciones de la discapacidad, tiene que haber un conjunto de estados funcionales que son susceptibles de ser identificados científicamente.

La OMS, en 1980, aprobó la primera clasificación, denominada Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM), cuyas siglas en inglés

son ICIDH (International Classification of Impairments, Disabilities & Handicaps), que mantenía continuidad con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) del año 1893 de ese organismo, y que fue ampliamente utilizada en todos los ámbitos hasta el año 2001.

En el año 2001, la propia OMS creó una nueva clasificación, que es la que está en vigencia actualmente y se denomina Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF – CIDDM y CIDDM -2). En esta clasificación se incorporan tanto los aspectos positivos como los negativos en relación con los estados de salud, y se hace referencia expresa a los factores contextuales que influyen en el funcionamiento de la salud y en la realización personal de los individuos con discapacidad. La discapacidad está definida como “el resultado de una compleja relación entre la condición de salud de una persona, sus factores personales, y los factores externos que representan las circunstancias en las que vive ese individuo. A causa de esta relación, los diferentes ambientes pueden tener efectos distintos en un individuo, según su condición de salud. Un entorno con barreras, o sin facilitadores, restringirá el desempeño/realización del individuo; mientras que otros entornos que sean más facilitadores pueden incrementarlo. La sociedad puede dificultar el desempeño/realización de un individuo tanto porque crea barreras (por ejemplo, edificios inaccesibles) como porque no proporciona elementos facilitadores (por ejemplo, baja disponibilidad de dispositivos de ayuda)”.

La ENDI de Argentina y la EDDDES de España adoptaron una definición similar, basada en el marco conceptual de la CIDDM. Para la ENDI, la discapacidad es “toda limitación en la actividad y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social”. Dicha encuesta tuvo por objetivo general cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad en lo referente al desenvolvimiento de la vida cotidiana dentro de su entorno físico y social. En cuanto a la EDDDES, toda la información de la encuesta gira en torno a cuatro cuestiones: enfermedad, deficiencia, discapacidad y minusvalía. Para ello desarrolló extensamente el concepto de discapacidad en una clasificación de 36 actividades agrupadas en 10 bloques, a saber: ver, oír, comunicarse, aprender (aplicar conocimientos y realizar tareas), desplazarse, utilizar brazos y manos, desplazarse fuera del hogar, cuidar de sí mismo, realizar las tareas del hogar (mayores de 10 años) y relacionarse con otras personas.

Dependencia

En cuanto a la dependencia, se la puede caracterizar de forma muy general diciendo que es “aquella situación personal que requiere de la ayuda prolongada de otra/s persona/s para realizar los actos esenciales de la vida cotidiana”. En la delimitación de la dependencia se reflejan tres características fundamentales:

- la limitación o restricción física o cognitiva relacionada con un estadio concreto de la vida
- la incapacidad para realizar las actividades de la vida diaria, respecto de lo cual se pueden diferenciar las actividades básicas de la vida diaria de las actividades instrumentales de la vida diaria.
- la necesidad de asistencia o cuidados por parte de una tercera o más personas

Las personas en situación de dependencia requieren una intervención continuada, aunque no necesariamente permanente. La atención de la dependencia se enmarca en el ámbito de la prestación de servicios de bienestar social, con una estrecha relación con el ámbito sanitario. Como puede apreciarse, existe una estrecha conexión entre la dependencia y la discapacidad, aunque esta última no necesariamente conlleva la primera. Una persona puede tener alguna discapacidad y, sin embargo, no ser dependiente. Esta situación es posible observarla frecuentemente en las actividades cotidianas.

El Consejo de Europa, que ha venido promoviendo diversas iniciativas y recomendaciones con el objeto de mejorar la situación de las personas dependientes y la de sus cuidadores, constituyó, a mediados de la década de los noventa, un grupo de expertos que trabajó durante dos años en la elaboración de un texto de consenso, que pudiese ser asumido desde la mayoría de los países miembros de ese organismo internacional. El resultado del trabajo fue la aprobación, en septiembre de 1998, por parte del Comité de Ministros del Consejo de Europa, de una Recomendación relativa a la dependencia (Consejo de Europa, 1998).

En dicha Recomendación, el Consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”, o, de manera más precisa, como “un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de

modo particular, los referentes al cuidado personal”². Como se puede apreciar, en esta definición, que ha sido ampliamente aceptada, concurren los tres elementos que sirven para caracterizar la dependencia y que están mencionados más arriba. Esta perspectiva es también coherente con la CIF – CIDDM y CIDDM -2 de la Organización Mundial de la Salud (2001), que propone interpretar las consecuencias de las alteraciones de la salud, utilizando un esquema conceptual basado en las nociones de *déficit en el funcionamiento, limitación en la actividad, restricción en la participación, barrera y discapacidad*

El fenómeno de la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población y no se la puede circunscribir al colectivo de las personas mayores, aun cuando sean estos grupos etáreos los más afectadas. Por ello, hay que evitar la visión reduccionista, que tiende a ver la dependencia como un problema estrechamente vinculado al envejecimiento demográfico. El Consejo de Europa considera que “la dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no sólo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con la edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado”.

La dependencia puede aparecer en cualquier momento de la vida. Puede estar presente desde el nacimiento, desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta o, más frecuentemente, ir apareciendo a medida que las personas envejecen, como consecuencia de enfermedades crónicas (Alzheimer, artritis, osteoporosis, etc.) o como reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas, atribuible al proceso global de senescencia.

Puede también no aparecer la dependencia, y en muchos casos no aparece aunque la persona haya alcanzado una edad muy avanzada. Existe una serie de variables de tipo social y ambiental (además de los factores genéticos), que condicionan la aparición y el desarrollo de los desencadenantes de la dependencia, en las que los individuos difieren entre sí. Esto quiere decir que es posible mitigar los efectos de la dependencia promoviendo hábitos de vida saludables, mejorando la eficacia de los sistemas de atención de la salud y asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas.

Las malformaciones congénitas, los accidentes (laborales, de tráfico, domésticos) las nuevas enfermedades invalidantes, como el SIDA, y el propio curso de la edad, bajo determinadas circunstancias físicas y personales, son factores que contribuyen a hacer de la dependencia un problema social de primera magnitud.

² Consejo de Europa, Recomendación N° 98.

Habitualmente se tiende a considerar la dependencia como un hecho estático, lineal o progresivo y - con un abordaje especialmente reduccionista - como propio de personas mayores enfermas. En este sentido, uno de los problemas más graves, es el de no identificar claramente la relación de la dependencia con la discapacidad, tendiendo a clasificarlas y valorarlas por separado, como si fueran cosas distintas, y hay que comprender que la dependencia está relacionada con las condiciones de salud alteradas, que siempre son consecuencia de un grado severo de discapacidad. De hecho, en algunos contextos y colectivos se prefiere hablar de personas con Discapacidad Severa o personas con Gran Discapacidad más que de personas dependientes.

La persona, como consecuencia de una gran discapacidad, requerirá de ayuda o apoyos de alguien (o de algo) para poder realizar (o mejorar el rendimiento funcional de) ciertas actividades. Por tanto, toda persona en situación de dependencia experimenta alguna discapacidad pero no al revés. Así, la discapacidad es atributo inseparable de la dependencia, pudiendo existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia.

La necesidad de asistencia y/o cuidados derivada de las situaciones de dependencia ha existido siempre, lo que ha cambiado es su dimensión debido sobre todo al proceso acelerado de envejecimiento de la población, a su importancia social (ha dejado de verse como un problema exclusivamente individual o familiar, para pasar a percibirse como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto) y a su naturaleza (en tanto que supone una re-delimitación de los objetivos y funciones del Estado de Bienestar e implica nuevos compromisos de protección y financiación). Todo ello hace de la dependencia una carga que es a la vez social y familiar, y al mismo tiempo abre un nuevo campo de intervención que pone a prueba la capacidad de la sociedad y de sus instituciones para adaptarse a las nuevas realidades de fragilidad social.

La adecuada regulación de un sistema de protección social de las personas en situación de dependencia es, hoy por hoy, la gran asignatura pendiente de la protección social en muchos países. En el caso de Argentina, sería deseable que, además de tomar en consideración las experiencias de otros países que ya han abordado esa regulación, se tengan en cuenta la diversidad y magnitud de las necesidades existentes y los perfiles de la población en situación de dependencia.

3. Principales características de la población con discapacidad de Argentina y España

Dado que la dependencia es siempre consecuencia de un grado severo de discapacidad, es importante conocer la población con discapacidad de Argentina, sus principales características, y contar con algún punto de comparación como referencia. A tal fin, en esta sección se analizan los aspectos más sobresalientes de las poblaciones con discapacidad de Argentina y España. Es conocido que Argentina y España son naciones que presentan puntos comunes en múltiples aspectos, como la historia, lengua, cultura, religión, etnia, etcétera, a los que se suman los fuertes lazos socio-económicos que han mantenido a través de los tiempos. Por ello es que resulta siempre atractivo establecer comparaciones entre ambos países, aún cuando deban ser salvadas las distancias por los distintos grados de desarrollo que cada uno alcanzó. Hay, además, en este momento un elemento adicional a tener en cuenta, porque ubica a España como referente internacional en materia de protección a la dependencia. Se trata de la reciente aprobación en ese país de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Este instrumento legal fue dictado a fines de 2006, tras un extenso periodo de análisis y debate en el que se recogieron y discutieron los principales antecedentes locales e internacionales, todo lo cual fue documentado en el denominado Libro Blanco de la dependencia³. Esta experiencia es aconsejable que sea tomada en consideración como fuente de consulta para cualquier iniciativa sobre políticas públicas del sector, que se decida implementar en Argentina.

Antes de entrar al análisis de los datos, es importante señalar que las comparaciones que se realizan presentan la limitación que surge de la falta de coincidencia entre los periodos a que están referidas las encuestas oficiales ENDI y EDDDES. Sin embargo se considera que, por tratarse de una diferencia temporal de sólo cuatro años, no es factor que pueda invalidarlas en los aspectos esenciales. Conviene también tener presente algunos aspectos metodológicos de ambas encuestas que se mencionan a continuación:

- ENDI

En Argentina, la ENDI tuvo el carácter de complementaria del Censo de Población y Vivienda del año 2001 y constituyó la primera experiencia de medición con base censal en el país y en América del Sur. Estuvo a cargo del INDEC y su objetivo fue cuantificar y caracterizar a las personas con discapacidad, consideradas en su calidad de miembros de los

³ MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2004)

respectivos hogares. La discapacidad no es solo un atributo de las personas individuales sino que caracteriza al hogar en que esa persona vive.

La ENDI fue relevada entre noviembre de 2002 y abril de 2003 sobre una muestra de alrededor de 67.000 hogares urbanos⁴ de todo el país. El universo a que estuvo referenciada fue la población residente en localidades de al menos 5.000 habitantes, que representaba el 96% de la población urbana del país y el 84% de la población total. El diseño muestral utilizado permite realizar estimaciones a nivel total del país (conjunto de los centros urbanos de al menos 5.000 habitantes), regiones, provincias (para doce de ellas) y grandes aglomerados.

La clasificación empleada fue la CIDDM y se recogieron datos abarcativos de temas como: características sociodemográficas de los hogares con personas con discapacidad y de sus integrantes, características y adaptaciones de la vivienda, tipo, causa y edad de origen de la discapacidad, ayuda que reciben las personas con discapacidad de parte de organismos públicos y privados, nivel de auto-valimiento, uso de beneficios legales y sociales, etc.

Conviene destacar que, tanto la ENDI como la EDDES, consideran como discapacidad *a toda limitación en la actividad y restricción en la participación, que se origina en una deficiencia y que afecta a una persona en forma permanente para desenvolverse en su vida cotidiana dentro de su entorno físico y social*. Para la ENDI, esas limitaciones y restricciones no dependen solamente del individuo portador de la deficiencia, sino también del entorno físico y cultural en que se encuentra (por ej.: barreras arquitectónicas y urbanísticas; falta de recursos; no cumplimiento de la legislación vigente; discriminación, prejuicios, etc.).

- EDDES

En 1999 el Instituto Nacional de Estadística de España (INE) con la colaboración técnica y financiera del Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO) y de la Fundación ONCE, llevó a cabo la EDDES sobre una muestra efectiva de alrededor de 70.500 viviendas, distribuidas en 3.000 secciones censales, aproximadamente. En total se encuestaron 218.000 personas en toda España, entre las cuales hubo cerca de 10500 niños con menos de 6 años de edad. Conforme el diseño muestral empleado, es posible efectuar estimaciones, con un determinado grado de fiabilidad, a nivel nacional y provincial.

⁴ Se considera que un hogar lo conforman aquellas personas que viven bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación. Una persona que vive sola conforma un hogar.

Esta encuesta se llevó a cabo durante el segundo trimestre y capturó datos relativos al fenómeno de la discapacidad en la población residente en viviendas familiares principales de todo el territorio nacional. Se excluyó, por lo tanto, la población que vivía en establecimientos colectivos. En la metodología se siguieron también las recomendaciones de la OMS, y en particular la CIDDM vigente al momento de la encuesta. Mediante visitas domiciliarias fueron registradas todas las discapacidades, independientes o no entre sí, que padecían las personas de la vivienda a ese momento, aunque hubieran estado superadas con el uso de alguna ayuda técnica.

Tras estas consideraciones metodológicas, se efectuará a continuación el análisis comparativo de los datos. En las tablas 1 y 2 se presentan las poblaciones de Argentina y España, con y sin discapacidad, diferenciadas por sexo y grupos de edad.

Tabla 1. Argentina. Población total, población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad por sexo, según grupos de edad. Año 2002-2003

Grupos de edad	Población total			Población con discapacidad			Prevalencia* (%)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	30.757.628	14.760.460	15.997.168	2.176.123	1.010.572	1.165.551	7,1	6,8	7,3
0-4	2.757.869	1.387.163	1.370.706	50.854	28.191	22.663	1,8	2,0	1,7
5-14	5.722.347	2.945.015	2.777.332	203.643	120.895	82.748	3,6	4,1	3,0
15-29	7.718.798	3.881.026	3.837.772	250.677	143.794	106.883	3,2	3,7	2,8
30-49	7.308.279	3.438.838	3.869.441	336.868	173.407	163.461	4,6	5,0	4,2
50-64	4.188.910	1.901.687	2.287.223	467.823	212.935	254.888	11,2	11,2	11,1
65-74	1.754.847	745.301	1.009.546	372.217	166.007	206.210	21,2	22,3	20,4
75 y más	1.306.578	461.430	845.148	494.041	165.343	328.698	37,8	35,8	38,9

* Prevalencia: corresponde al total de personas con discapacidad de cada grupo de edad y sexo dividido la respectiva población total, multiplicado por cien.

Nota: El total del país abarca al conjunto de los centros urbanos con 5.000 habitantes o más.

Fuente: INDEC. Primera Encuesta Nacional de Personas con Discapacidad 2002-2003 - Complementaria Censo 2001.

Como se puede observar, la tasa total de prevalencia⁵ es algo superior en España (9,0%) que en Argentina (7,1%). Cuando se analiza el comportamiento por sexo, se advierte que en ambos países es superior en el caso de las mujeres, lo cual se explica por su mayor sobrevivencia. En efecto, en los grupos de edad menores a 65 años la prevalencia es mayor entre los hombres, pero al pasar a los grupos etáreos más avanzados la relación se invierte. Esto se observa en los dos países, pero la brecha es considerablemente mayor en el caso de España, debido a su estructura demográfica con fuerte presencia de población femenina de edad avanzada.

Hay que destacar que el 7,1% de prevalencia en Argentina significa, en números absolutos, un total de 2.176.123 personas con algún tipo de discapacidad al momento de la encuesta. La distribución por sexo muestra un leve predominio femenino, ya que el 53,6%

⁵ Expresa la relación porcentual entre la cantidad de personas con discapacidad de un grupo con respecto al total de personas de ese grupo.

(1165551 personas) eran mujeres y el 46,4% restante (1010572 personas), varones. Debe aclararse que, en el total de la población del país, las mujeres representan el 52,0% y los varones, el 48%. También hay que señalar que el 11,7% (254.497 personas) del total de personas con discapacidad correspondía a menores de 14 años, el 48,5% (1.055.368 personas) a individuos con edad entre 15 y 64 años, y que el 39,8% restante (866.258 personas) a población de 65 años o más.

Tabla 2. España. Población total, población con discapacidad y prevalencia de la discapacidad por sexo, según grupos de edad. Año 2002-2003

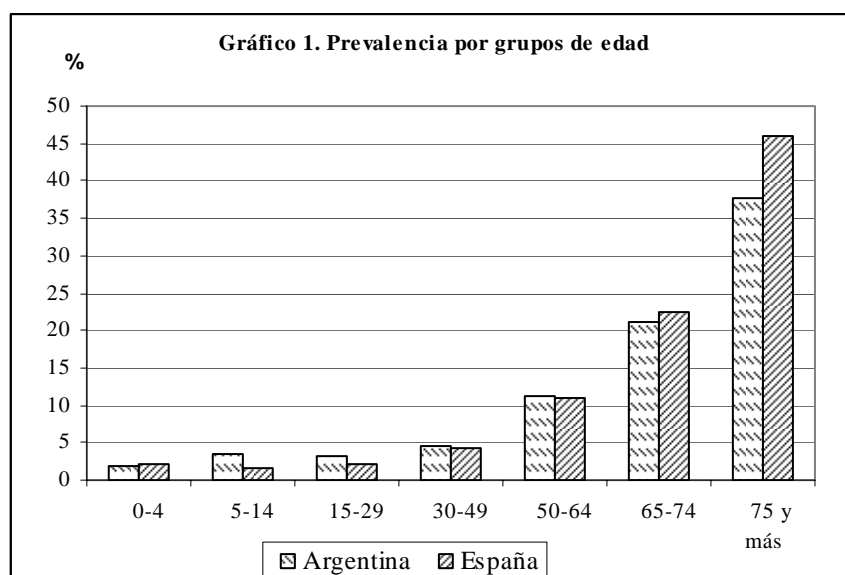
Grupos de edad	Población total			Población con discapacidad			Prevalencia* (%)		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	39.247.010	19.229.494	20.017.516	3.528.222	1.472.972	2.055.250	9,0	7,7	10,3
0-4	2.209.504	1.138.577	1.070.927	49.577	24.723	24.854	2,2	2,2	2,3
5-14	3.716.651	1.902.769	1.813.882	61.338	33.111	28.227	1,7	1,7	1,6
15-29	9.216.143	4.712.834	4.503.309	188.560	115.971	72.589	2,0	2,5	1,6
30-49	11.399.995	5.717.248	5.682.747	472.956	252.017	220.939	4,1	4,4	3,9
50-64	6.270.195	3.048.259	3.221.936	683.139	313.341	369.798	10,9	10,3	11,5
65-74	3.761.188	1.710.449	2.050.739	843.607	329.726	513.881	22,4	19,3	25,1
75 y más	2.673.334	999.358	1.673.976	1.229.045	404.083	824.962	46,0	40,4	49,3

* Prevalencia: corresponde al total de personas con discapacidad de cada grupo de edad y sexo dividido la respectiva población total, multiplicado por cien.

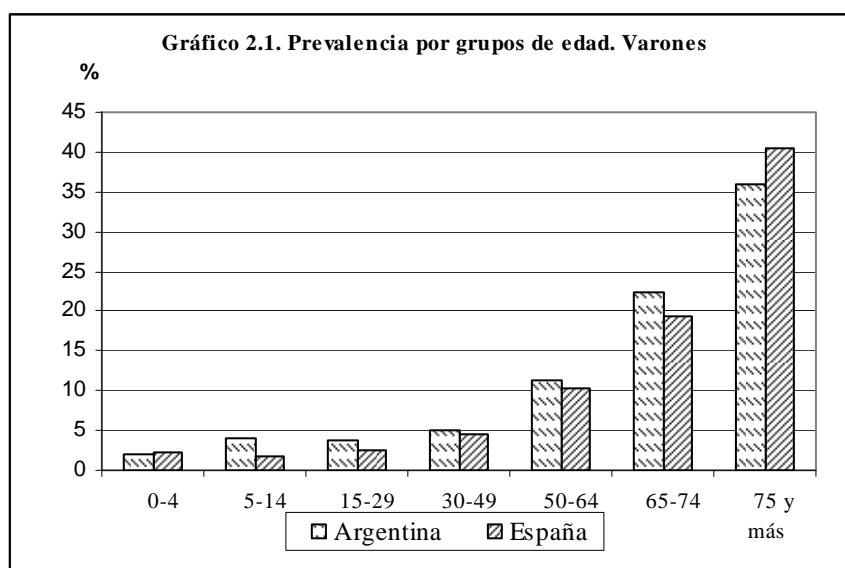
Fuente: INE. Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud 1999. Elaboración propia.

En el caso español los resultados de la EDDDES (1999) indican, según se puede ver en la tabla 2, que el 9% de la población total (3.528.222 personas) tenía alguna discapacidad. Las mujeres representaban el 58,2% del total, y su prevalencia era bastante más elevada que en los hombres (10,3% contra 7,7%). Aquí incide fuertemente, una vez más, la mayor esperanza de vida de la población femenina.

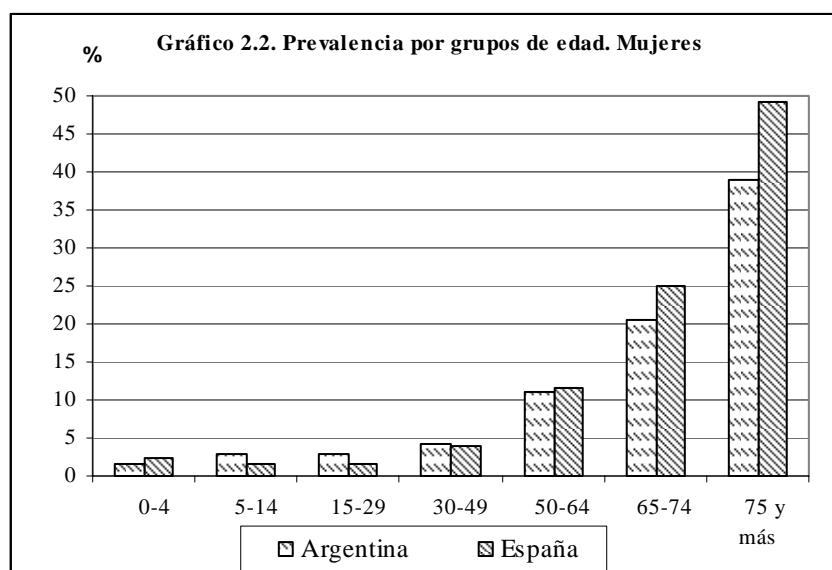
El comportamiento de la tasa de prevalencia de ambos países, según tramos de edad, se presenta en forma comparativa en el gráfico 1. Se puede ver que la población española con 75 y más años presentaba mayor tasa de prevalencia que la argentina (46,0% frente a 37,8%), mientras que en las edades bajas es España la que exhibía menor prevalencia (vbgr para 15-29 años 2,0% de prevalencia en España y 3,2% en Argentina).



Por su parte, en los gráficos 2.1 y 2.2 aparecen claramente los comportamientos fuertemente crecientes de las prevalencias de ambos países con respecto a la edad y sexo



Se observa que en el tramo de 65 a 74 años, la prevalencia de varones es mayor en Argentina que en España, mientras que en el caso de las mujeres, para el mismo tramo, ocurre lo contrario. Sin embargo, en la franja de personas de 75 años y más tanto en el caso de mujeres como hombres, la tasa española de prevalencia supera a la argentina. Por último, se destaca que en el caso de los menores comprendidos entre 5 y 14 años, la tasa de prevalencia en Argentina es mayor que en España para ambos sexos.



La tabla 3 contiene información referida a la población con discapacidad de Argentina, clasificada por el tamaño del hogar en que vive, el sexo y los grupos de edad. Se puede observar que el 86,7% de las personas con discapacidad vivía, al momento de la encuesta, en hogares multi-personales familiares (51,7% de hogares nucleares + 33,0% de hogares extendidos + 2,0% de hogares compuestos⁶).

A su vez, el 12,7% de la población con algún tipo de discapacidad estaba viviendo en hogares unipersonales, lo cual, en términos absolutos, representaba un grupo constituido por 275.878 individuos, dentro del que había un importante predominio femenino, ya que el 65,7% eran mujeres. También se aprecia que el 0,7% de la población con discapacidad residía en hogares multi-personales no familiares.

⁶ Definiciones: *Hogar unipersonal*: jefe solamente, o jefe con empleados/s doméstico/s. *Hogar familiar nuclear*: jefe con cónyuge con sin hijo/s o uno sólo de los cónyuges con hijo/s. *Hogar familiar extendido*: un hogar nuclear con el agregado de otros familiares. También se incluye en esta categoría a los hogares que aunque no tienen núcleo, están integrados por personas emparentadas entre sí. *Hogar familiar compuesto*: un hogar nuclear con el agregado de otros no familiares (con o sin otros familiares). También se incluyen en esta categoría los hogares sin núcleo familiar donde conviven familiares con otros no familiares. *Hogar multipersonal no familiar*: conformado por personas no emparentadas entre sí

Tabla 3. Argentina. Población con discapacidad, por tipo de hogar, según sexo y grupos de edad. Año 2002-2003

Sexo y Grupos de edad	Total		Tipo de hogar*									
			Hogar unipersonal		Hogar multipersonal familiar						Hogar multipersonal no familiar	
					Hogar nuclear		Hogar extendido		Hogar compuesto			
					Poblac	%	Poblac	%	Poblac	%		
Total	2.176.123	100	275.878	12,7	1.124.544	51,7	717.157	33,0	43.516	2,0	15.028	0,7
Varones	1.010.572	100	94.532	9,4	599.295	59,3	290.539	28,7	19.123	1,9	7.083	0,7
Mujeres	1.165.551	100	181.346	15,6	525.249	45,1	426.618	36,6	24.393	2,1	7.945	0,7
Total	2.176.123	100	275.878	12,7	1.124.544	51,7	717.157	33,0	43.516	2,0	15.028	0,7
0-4	50.854	100	(..)	(..)	31.935	62,8	15.793	31,1	(..)	(..)	(..)	(..)
5-14	203.643	100	(..)	(..)	147.874	72,6	51.051	25,1	(..)	(..)	(..)	(..)
15-29	250.677	100	(..)	(..)	156.108	62,3	80.071	31,9	7.562	3,0	(..)	(..)
30-49	336.868	100	15.838	4,7	203.286	60,3	108.990	32,4	7.491	2,2	(..)	(..)
50-64	467.823	100	56.034	12,0	237.439	50,8	161.184	34,5	8.947	1,9	(..)	(..)
65-74	372.217	100	67.023	18,0	182.394	49,0	115.914	31,1	(..)	(..)	(..)	(..)
75 y más	494.041	100	131.422	26,6	165.508	33,5	184.154	37,3	7.013	1,4	(..)	(..)

* Para construir el tipo de hogar se adopta el nomenclador de hogares utilizado en el Censo 2001, que considera los siguientes indicadores: número de personas en el hogar, carácter de las relaciones entre los miembros del hogar (familiares y no familiares) y grado de parentesco entre los miembros del hogar (presencia o ausencia del núcleo primario completo o incompleto). Esta clasificación excluye a los empleados de servicio doméstico y sus

(..) Dato estimado con CV superior al 25%.

Nota: El total del país abarca al conjunto de los centros urbanos del país con 5.000 habitantes o más.

Fuente: INDEC. ENDI 2002-2003.

Para comparar con la situación existente en España, se incluye la tabla 4, donde lo primero que se observa es que la proporción de personas con discapacidad residente en hogares multi-personales familiares constituía, en el año 1999, el 80,8% del total. Este porcentual no difiere demasiado respecto del que se mencionó más arriba para Argentina (86,7%). Hay, sin embargo, marcadas diferencias en cuanto a la composición interna de ese grupo, ya que el 60,9% vivía en hogares nucleares, el 14,8% en hogares extendidos y el 5,1% lo hacía en hogares compuestos.

Pero quizá lo más importante de destacar es el tamaño relativo de la población con discapacidad de España que vivía en hogares compuestos al momento de la encuesta, porque representaba el 5,1% del total de personas con discapacidad, un porcentual muy por arriba del 0,7% detectado en Argentina.

Tabla 4. España. Población con discapacidad, por tipo de hogar, según sexo y grupos de edad. Año 1999

Sexo y Grupos de edad	Total		Tipo de hogar*									
			Hogar unipersonal		Hogar multipersonal familiar						Hogar multipersonal no familiar	
					Hogar nuclear		Hogar extendido		Hogar compuesto			
Poblac	%	Poblac	%	Poblac	%	Poblac	%	Poblac	%	Poblac	%	
Total	3.478.643	100	490.695	14,1	2.118.826	60,9	515.993	14,8	176.676	5,1	176.454	5,1
Varones	1.448.246	100	101.040	7,0	1.045.877	72,2	170.325	11,8	80.979	5,6	50.026	3,5
Mujeres	2.030.397	100	389.655	19,2	1.072.950	52,8	345.668	17,0	95.697	4,7	126.428	6,2
Total	3.478.643	100	490.695	14,1	2.118.826	60,9	515.993	14,8	176.676	5,1	176.454	5,1
0-4	29.782	100	(..)	(..)	25.453	85,5	2.758	9,3	1.571	5,3	(..)	(..)
5-14	31.554	100	(..)	(..)	25.670	81,4	3.231	10,2	1.916	6,1	736	2,3
15-29	188.561	100	1.729	0,9	151.291	80,2	19.918	10,6	11.204	5,9	4.418	2,3
30-49	472.957	100	17.791	3,8	370.293	78,3	47.708	10,1	24.108	5,1	13.057	2,8
50-64	683.138	100	48.328	7,1	506.244	74,1	72.752	10,6	34.616	5,1	21.198	3,1
65-74	843.606	100	137.841	16,3	540.538	64,1	85.706	10,2	40.035	4,7	39.487	4,7
75 y más	1.229.045	100	285.006	23,2	499.337	40,6	283.920	23,1	63.226	5,1	97.558	7,9

Nota: Para estas clasificaciones sólo se dispone de información sobre el 98,59% de la población encuestada (3.478.643 de 3.528.222).

Fuente: Elaboración propia en base a la EDDDES. Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud 1999.

La ENDI indagó sobre la cantidad de discapacidades por persona. Según se desprende de la tabla 5, al momento de la encuesta había 1.609.118 personas con una sola discapacidad, que representaban el 73,9% del total. De idéntica manera se puede establecer que el 20,2% (438.823) de las personas con discapacidad tenía dos discapacidades y el 5,9% (128.182) tres o más. Entre las personas con tres o más discapacidades el 45,4% (58.208) tenía 75 o más años de edad.

Tabla 5. Argentina. Población con discapacidad por cantidad y tipo de discapacidades, según sexo y grupos de edad

Sexo y Grupos de edad	Población con discapacidad	Cantidad y tipo de discapacidad								
		Población con una discapacidad							Población con dos discapacidades	Población con tres o más discapacidades
		Total	Tipo de discapacidad							
		Sólo visual	Sólo auditiva	Sólo del habla	Sólo motora	Sólo mental	Otra			
Total	2.176.123	1.609.118	314.423	265.355	45.885	674.164	263.582	45.709	438.823	128.182
Varones	1.010.572	772.981	128.203	142.131	26.786	288.655	163.475	23.731	184.672	52.919
Mujeres	1.165.551	836.137	186.220	123.224	19.099	385.509	100.107	21.978	254.151	75.263
0-4	50.854	38.925	(..)	(..)	(..)	10.909	10.925	(..)	9.171	(..)
5-14	203.643	166.622	24.377	28.097	16.887	26.119	66.697	(..)	27.134	9.887
15-29	250.677	211.998	46.307	28.563	9.437	38.315	82.701	6.675	30.470	8.209
30-49	336.868	281.491	55.845	50.456	(..)	103.687	59.939	7.897	45.845	9.532
50-64	467.823	360.490	89.727	43.906	(..)	187.643	22.535	12.751	87.812	19.521
65-74	372.217	256.493	56.396	46.935	(..)	135.456	11.759	(..)	95.657	20.067
75 y más	494.041	293.099	38.962	64.446	(..)	172.035	9.026	(..)	142.734	58.208

Nota: El total del país abarca al conjunto de los centros urbanos con 5.000 habitantes o más.

(..) Dato estimado con CV superior al 25%.

Fuente: INDEC. ENDI 2002-2003

Según se puede apreciar en la tabla 6, la realidad española en cuanto al número de discapacidades que padecen las personas con discapacidad difiere notablemente de la que presenta Argentina. El 20,6% de las personas con discapacidad en España presentaba una única discapacidad (715.924 sobre 3.478.645), el 15,8% declaró padecer dos y el 63,6% dijo

estar afectado de tres o más discapacidades. Por tanto, se invierte claramente la relación: en España predominan fuertemente las personas con tres o más discapacidades y, dentro de este grupo, la distribución por edades está constituida en un 40,6% por personas mayores de 74 años. Sin embargo, es conveniente destacar que puede existir alguna diferencia entre las encuestas en cuanto a la definición adoptada para computar el número de discapacidades de cada persona, tal como se desprende del análisis realizado sobre los cuestionarios utilizados.

Tabla 6. España. Población con discapacidad de 6 y más años por cantidad y tipo de discapacidades, según sexo y grupos de edad

Sexo	Población con discapacidad 6 o más años	Cantidad y tipo de discapacidad								
		Población con una discapacidad							Población con dos discapacidades	Población con tres o más discapacidades
		Total	Tipo de discapacidad							
	Sólo visual		Sólo auditiva	Sólo del habla	Sólo motora	Sólo mental	Otra			
Total	3.478.645	715.924	310.489	396.198	18.647	316.986	0	206.160	551.702	2.211.019
Varones	1.448.249	357.359	155.362	199.539	12.994	142.020	0	97.188	259.502	831.385
Mujeres	2.030.396	358.565	155.127	196.659	5.653	174.966	0	108.972	292.200	1.379.634
0-5										
6-14	61.338	19.485	8.497	6.964	4.661	1.864	(..)	4.766,0	8.151	33.701
15-29	188.560	40.614	25.608	18.161	582	11.138	0	15.192	31.532	116.415
30-49	472.956	56.910	47.843	57.538	2.205	54.003	0	48.400	36.564	129.326
50-64	683.139	237.649	64.428	82.910	4.304	82.622	0	64.749	175.902	519.745
65-74	843.607	183.854	81.385	107.261	4.122	89.039	0	42.101	146.799	512.955
75 y más	1.229.045	177.412	82.728	123.364	2.773	78.320	0	30.952	152.754	898.877

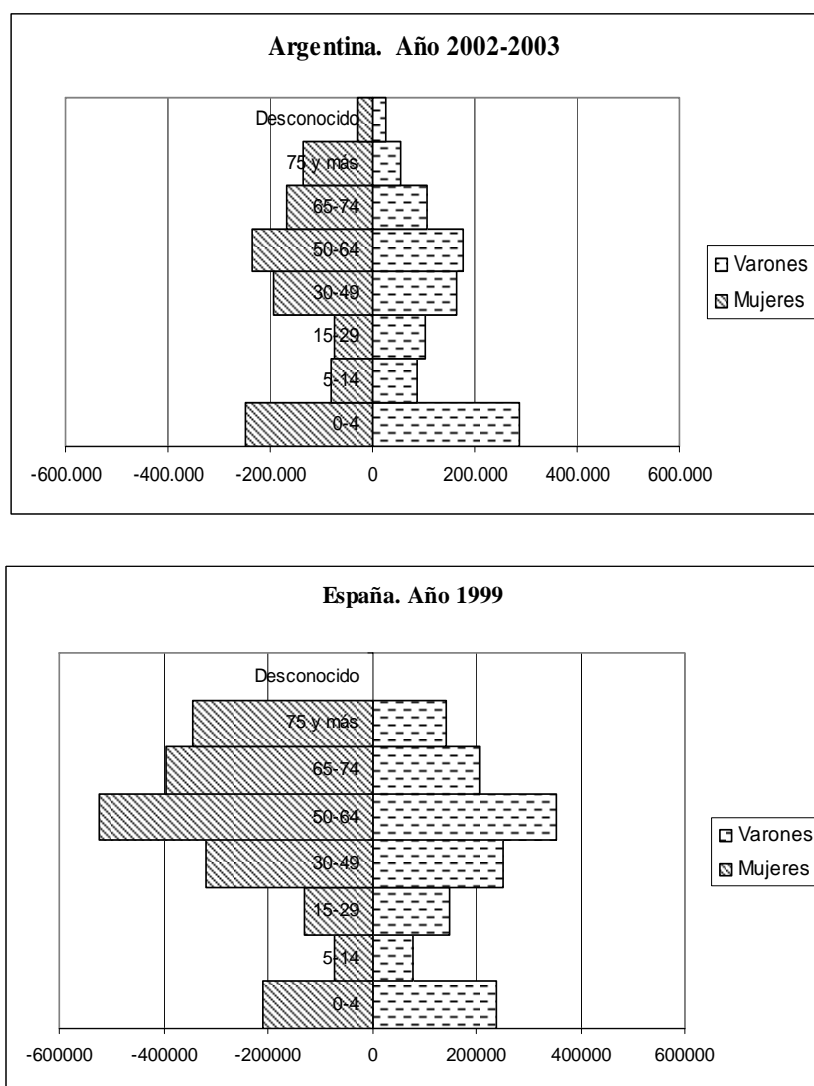
Nota 1: Sólo se incluye la población de 6 años o más puesto que en otro caso no se consideran discapacidades sino limitaciones.

Nota 2: La discapacidad motora incluye desplazarse y desplazarse fuera del hogar. La discapacidad mental se ha entendido como aprender.

Fuente: Elaboración propia en base a la EDDDES. Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud 1999.

El gráfico 3 muestra la composición de la población con discapacidad de cada uno de los países, teniendo en cuenta la edad en que se produjo la primera discapacidad de la persona. Se observa que los grupos poblacionales en los que la misma se presentó hasta los 30 años de edad (y, en alguna medida, hasta los 49 años) son similares en ambos países, pero se diferencian notablemente cuando se consideran las personas cuya discapacidad comenzó después de los 49 años de edad. En España hay un número considerablemente mayor que en Argentina de individuos que experimentaron la discapacidad después de esa edad. Esto está indicando que en el país ibérico la discapacidad se presenta en edades más avanzadas que en Argentina, especialmente entre las mujeres. Si bien es cierto que esta comparación no está tomando en cuenta las diferencias de tamaños de las poblaciones totales y de personas con discapacidad de ambos países, hay que decir que una simple observación de los gráficos revela que el comentario también es válido si se efectúan comparaciones en términos relativos.

Gráfico 3. Población con discapacidad, según edad de origen de la primera discapacidad, por sexo



Tanto la ENDI como la EDDES captaron información sobre la condición de actividad de las personas con discapacidad al momento de ser encuestadas. La tabla 7 resume los resultados obtenidos para Argentina, debiendo destacarse que están referidos a las personas de 14 o más años de edad, tal como es de práctica en las estadísticas del mercado laboral. Allí se puede ver que el 68,4% de las personas con discapacidad eran personas económicamente inactivas⁷ en tanto que el 24,9% se encontraban ocupadas al momento de la encuesta. Entre los varones con alguna discapacidad, el porcentual de ocupados era superior (33,8%) al de las mujeres (17,6%), lo que induce a pensar que el mercado laboral puede haber sido más

⁷ La categoría de persona económicamente inactiva (o no económicamente activa) es la que incluye a todos los individuos que no compiten en el mercado laboral ofreciendo su trabajo a cambio de un salario o remuneración. Por lo tanto están comprendidos: jubilados, amas de casa, estudiantes, etc.

receptivo para los hombres con discapacidad que para las mujeres que estaban en esa condición.

Es interesante destacar que en el grupo de edad 30 a 49 años se encuentra la mayor tasa de ocupación de las personas con discapacidad (44,6%), lo cual constituye un rasgo coincidente con el resto del mercado laboral donde suele considerarse a este tramo como de plena productividad laboral.

Tabla 7. Argentina. Población de 14 años o más con discapacidad, por condición de actividad, según sexo y grupos de edad

Sexo y Grupos de edad	Total		Condición de Actividad							
			Ocupado		Desocupado		Inactivo		Desconocido	
	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%
Total	1.945.042	100	483.717	24,9	90.748	4,7	1.330.238	68,4	40.339	2,1
Varones	877.324	100	296.269	33,8	50.133	5,7	513.941	58,6	16.981	1,9
Mujeres	1.067.718	100	187.448	17,6	40.615	3,8	816.297	76,5	23.358	2,2
Total	1.945.042	100	483.717	24,9	90.748	4,7	1.330.238	68,4	40.339	2,1
14-29	274.093	100	75.354	27,5	26.746	9,8	165.260	60,3	6.733	2,5
30-49	336.868	100	150.376	44,6	27.548	8,2	152.142	45,2	6.802	2,0
50-64	467.823	100	168.240	36,0	25.387	5,4	264.923	56,6	9.273	2,0
65 y más	866.258	100	89.747	10,4	11.067	1,3	747.913	86,3	17.531	2,0

Nota: El total del país abarca al conjunto de los centros urbanos con 5.000 habitantes o más.

Fuente: INDEC. ENDI 2002-2003

En cuanto a la situación de España, la tabla 8 muestra que la tasa de ocupación entre la población con discapacidad es 9,6%, un porcentual bastante inferior (menos de la mitad) que el de Argentina, sobre todo si se tiene en cuenta además que la edad legal mínima para ingresar al mercado laboral en ese país es de 16 años. El panorama es concordante, en cambio, en cuanto a que el porcentaje es superior en hombres que en mujeres (15,5% frente a un 5,4%), y a que, en la distribución por grupos de edad, la mayor tasa se presenta dentro del tramo 30 a 49 años. No obstante, es muy importante resaltar la gran diferencia existente en el porcentual que exhiben los dos países, respecto de las personas con discapacidad de 65 años y más que están ocupadas en el mercado laboral. Mientras que el promedio de Argentina indica que por cada mil personas con discapacidad hay más de cien que trabajan, en España el promedio es de apenas cuatro por cada mil. La lectura que se puede realizar de esta situación es inmediata: las mejores condiciones que brinda la protección social del país ibérico a la población de mayor edad, hacen posible que las personas de ese grupo etáreo no necesiten de su trabajo personal para poder subsistir.

Tabla 8. España. Población de 16 años o más con discapacidad, por condición de actividad, según sexo y grupos de edad

Sexo y Grupos de edad	Total		Condición de Actividad							
			Ocupado		Desocupado		Inactivo		Desconocido	
	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%	Población	%
Total	3.410.354	100	327.497	9,6	180.073	5,3	2.902.784	85,1		
Varones	1.412.184	100	218.805	15,5	85.672	6,1	1.107.707	78,4		
Mujeres	1.998.170	100	108.692	5,4	94.401	4,7	1.795.077	89,8		
Total	3.410.354	100	327.497	9,6	180.073	5,3	2.902.784	85,1	-	-
16-29	181.611	100	42.695	27,5	27.062	14,9	111.854	61,6	-	-
30-49	472.954	100	154.281	44,6	53.161	11,2	265.512	56,1	-	-
50-64	683.139	100	122.208	36,0	32.433	4,7	528.498	77,4	-	-
65 y más	2.072.650	100	8.313	0,4	67.417	3,3	1.996.920	96,3	-	-

Fuente: Elaboración propia en base a la EDDES. Encuesta de Discapacidad, Deficiencias y Estado de Salud 1999.

4. La población con discapacidad de Argentina en el próximo decenio

4.1. Proyección de la población con discapacidad

Para la elaboración de políticas públicas de largo plazo dirigidas a atender la problemática de la dependencia en el país, es preciso que los responsables de formularlas cuenten con los elementos de información necesarios. Uno de los datos importantes a tal efecto es la estimación de la cantidad de personas con discapacidad que habrá en el futuro y su composición.

Con el objeto de efectuar una proyección del número de individuos con discapacidad de Argentina en los años 2010 y 2015, se tomó como base de cálculo las estimaciones demográficas publicadas por el INDEC, que prevén el comportamiento de la población total y su estructura por edad. Bajo la hipótesis que la tasa de prevalencia observada por la ENDI en 2002-2003 se mantendrá constante a lo largo de los próximos diez años⁸, es que se realizaron las estimaciones de la cantidad de personas con discapacidad, que se presentan en la tabla 9.

⁸ Este supuesto no aparece como demasiado alejado de la realidad, ya que no hay razones para suponer que, en condiciones normales (ausencia de epidemias, guerras, etc), la tasa de prevalencia observada en 2002-2003 pueda modificarse significativamente en los próximos años.

Tabla 9. Argentina. Proyección de la población con discapacidad por sexo, según grupos de edad

Grupos de edad	2010			2015		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
Total	2.927.380	1.392.095	1.535.285	3.136.759	1.488.589	1.648.170
0-4	63.057	35.371	27.686	63.318	35.526	27.792
5-14	239.739	140.587	99.152	239.538	140.541	98.997
15-29	325.060	187.759	137.301	330.684	191.241	139.443
30-49	486.752	264.976	221.775	527.412	287.956	239.456
50-64	625.325	297.656	327.668	667.814	318.917	348.897
65-74	509.145	236.039	273.106	567.652	264.021	303.631
75 y más	678.302	229.706	448.596	740.341	250.387	489.955

Fuente: elaboración propia en base a datos de INDEC.

Si se comparan estas cifras con los valores que aparecen en la tabla 1, surge inmediatamente que en el año 2010 el número de personas con discapacidad habrá aumentado más de un tercio (34,5%) respecto de la cantidad relevada por la ENDI en 2002-2003, y que cuando llegue el año 2015 el incremento será del 44,1%. También se observa que el crecimiento es aún mayor, cuando se consideran las edades más avanzadas, ya que en el grupo etáreo 65 y más años la tasa de aumento excederá del 50%. Ciertamente que este escenario plantea desafíos muy serios en términos de políticas a implementar, tanto desde el sector público como desde organizaciones privadas y semi-públicas, para poder atender las necesidades de un grupo poblacional enorme, que requiere de cuidados y protecciones especiales que les faciliten el acceso a una calidad de vida digna.

4.2. La protección social de la dependencia

Tal como se expresó, hay una creciente preocupación a nivel de países por buscar fórmulas que permitan una adecuada atención de los problemas derivados de la dependencia y, por ende, de la discapacidad que subyace detrás de ella. Un rápido repaso de algunos de los principales antecedentes sobre experiencias internacionales y tendencias actuales, puede resultar útil para colocar en perspectiva cualquier iniciativa que se desee encarar para Argentina en este terreno.

De acuerdo a la experiencia de países de la Unión Europea y de otros países pertenecientes a la OCDE, pueden distinguirse los siguientes tres grandes grupos de sistemas de protección social de la dependencia, basados en:

- la protección universal (modelo de los países nórdicos y de Holanda)

- la protección a través de la seguridad social (modelo bismarkiano de los países centroeuropeos, vigente en Alemania, Austria, Luxemburgo y Francia)
- la cobertura asistencial (modelo de los países del sur de Europa, vigente en Grecia, Italia y Portugal).

Debe destacarse que también existen otros modelos de protección social, como son los que se utilizan en Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Reino Unido y Suecia.

Los llamados modelos de protección universal atienden la dependencia como una extensión lógica de la concepción que señala que el Estado debe cubrir las necesidades básicas de los ciudadanos por razones de ciudadanía, de la misma forma que se atiende cualquiera de las necesidades sanitarias o educativas. En los modelos de protección a través de la seguridad social la atención del problema de la dependencia se gestiona y financia dentro del mismo ámbito que las pensiones, el seguro de desempleo y la protección a la familia. Los modelos asistenciales, en cambio, se configuran como sistemas públicos, financiados mediante impuestos, de cobertura limitada, destinados a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia, con insuficiencia de recursos económicos y, por tanto, de alcance y extensión también limitada.

Por su parte, desde el punto de vista de la atención del financiamiento, existen tres modelos de organización, a saber:

- financiado sólo por impuestos
- financiado fundamentalmente por cotizaciones
- financiado en forma mixta, mediante impuestos y cotizaciones.

Se podría decir también que, en la actualidad, hay en los países de la UE una especie de tensión entre las presiones económicas en pro de la ampliación de la responsabilidad individual en los sistemas de cuidados, y las presiones sociales en favor de nuevas fórmulas de responsabilidad colectiva. Estas últimas están representadas por los sistemas continentales creados a partir de la década de los años noventa del pasado siglo (Alemania, Austria, Luxemburgo, Francia), por las extensiones de los sistemas sanitarios y de servicios sociales existentes (países nórdicos y modelo holandés), y por las que se encuentran en proceso de debate político (Bélgica, España, Reino Unido, Italia).

En el caso particular de España, la atención a la población dependiente (constituida por 1.125.000 de personas, aproximadamente) se realizaba hasta el año 2006, principalmente, en el ámbito familiar y recaía especialmente en las mujeres (representaban el 83% de los cuidadores familiares) que, en la mayoría de los casos, se veían imposibilitadas de llevar a cabo actividad laboral alguna. Esta situación seguramente irá cambiando a partir del año 2007 con la entrada en vigencia de un nuevo marco legal de políticas públicas para la atención de la problemática de la dependencia.

La recientemente sancionada Ley 39/2006 del 14 de Diciembre de 2006, creó en España el Sistema para la Autonomía y la Atención de la Dependencia (SAAD). La misma fue el resultado de un prologando periodo de debate y análisis a nivel de expertos, de responsables políticos, de administraciones públicas, de organizaciones sociales y sociedades científicas, del Congreso de Diputados y del Senado, de agentes sociales, de empresas de servicios, compañías de seguros, entidades financieras y de determinados sectores empresariales. Ello sirvió, sin duda, para configurar una opinión pública amplia, que demandó la articulación de una regulación donde se contemplen el reconocimiento de derechos de los ciudadanos a la protección por dependencia y la asignación de recursos suficientes para garantizar esos derechos.

La ley sancionada fija tres niveles de protección, el primero de los cuales está financiado íntegramente por el Estado Nacional. En los otros niveles el financiamiento es compartido entre el Administración General y las Comunidades Autónomas. Hay también un espacio de prestaciones donde el beneficiario está obligado a participar en los costos, dependiendo del tipo de servicio y la situación socio-económica de la persona, pero al mismo tiempo está establecido que ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por falta de recursos económicos. Las Comunidades Autónomas tienen un rol preponderante en el funcionamiento de todo el sistema que funciona bajo la órbita de un ente creado expresamente por la ley con el nombre de Consejo Territorial.

Finalmente, debe señalarse que en el propio texto legal están enunciados los principios en los que se inspira la ley. Entre ellos figuran los siguientes:

- Carácter universal y público de las prestaciones. Todas las personas en situación de dependencia, sea cual sea su edad, origen de la dependencia y situación social, podrán acceder a las prestaciones del sistema, en las condiciones y con los requisitos que se

establezcan. La prestación tiene carácter público, con independencia de las formas de financiación y de gestión.

- Acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad (igualdad básica para todas las personas, sea cual sea el lugar de residencia).
- Personalización de la atención.
- Participación de la iniciativa privada.
- Calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios.

5. Conclusiones

- El concepto de discapacidad está en continuo debate y revisión. Se suele asumir que se trata de una consecuencia de las limitaciones funcionales, cognitivas y emocionales, que proceden de la enfermedad u otras deficiencias corporales, accidentes u otros problemas de salud.
- Existen, básicamente, dos puntos de vista: el médico y el social. El enfoque médico contempla la discapacidad como un problema “personal”. El enfoque social aborda la cuestión desde el punto de vista de la “integración” de las personas con discapacidad en la sociedad, con el fin de facilitar la plena participación en todas las esferas de la vida social.
- La dependencia es una consecuencia de un grado severo de discapacidad que pone una carga adicional que es a la vez social y familiar. Sin embargo, no toda persona con discapacidad es dependiente.
- La Clasificación Internacional de Funcionamiento de la Salud (CIF) del año 2001 de la OMS incorpora un cambio importante: la discapacidad se define en estrecha relación con los componentes de salud y con los factores contextuales (personales y ambientales) que influyen y condicionan la calidad de vida.
- El aumento de la longevidad y la caída de la fecundidad, unidos a la creciente participación de la mujer en el mercado laboral, están obligando a las instituciones sociales y políticas a ajustar sus objetivos a la nueva realidad social, que demanda más apoyo social.
- El envejecimiento de la población Argentina potenciará la magnitud del fenómeno de la dependencia y, por tanto, los problemas del actual modelo de cuidados que se aplica en el país.

- En Argentina la tasa de prevalencia era, en el año 2002, de 7,1 %, con un valor algo superior en el grupo de las mujeres (7,3%). En España dicha tasa era de 9% en el año 1999, con una cifra también algo superior en el caso de las mujeres (10,3%).
- En Argentina las personas con discapacidad están más distribuidas en todos los grupos de edad, mientras que en España esa población está muy concentrada en los grupos de edad más avanzados.
- Las proyecciones de la población con discapacidad de Argentina indican que para el año 2010 habrá alrededor de 2.927.000 personas con alguna discapacidad y que en 2015 el número ascenderá a 3.136.000, con un crecimiento más alto en los grupos etéreos más avanzados. Esta perspectiva plantea desafíos muy serios en términos de políticas a poner en marcha para atender las necesidades de este grupo poblacional, que requerirá de cuidados y protecciones especiales que les faciliten el acceso a una calidad de vida digna.
- A la hora de debatir la orientación que debería tener el modelo de protección social de la población con discapacidad y de la población dependiente de Argentina, es conveniente examinar la experiencia internacional, en especial de los países de la UE y de la OCDE.
- Existen tres sistemas de cuidados personales: modelo de protección universal, modelo de protección a través del sistema de la Seguridad Social, y modelo asistencial.
- El modelo asistencial está en retroceso a favor de la universalización del derecho social, lo que supone que el acceso a las prestaciones no depende de los recursos de la persona dependiente, sino de la necesidad socio-sanitaria. Sin embargo, la participación, en mayor o menor medida, de los usuarios en la financiación es una característica común de todos los países
- La tendencia general dominante en los países de la UE se orienta hacia modelos de naturaleza universal de carácter impositivo y/o de Seguridad Social.
- La ley de dependencia de España, sancionada a finales del año 2006, constituye un antecedente muy valioso a tener en cuenta para las políticas públicas de Argentina. El denominado Libro Blanco publicado en ese país, recoge experiencias internacionales que son también muy importantes a ese fin.

Referencias y bibliografía

1. Albarrán Lozano I, Alonso González P, Giuliadori R F, Karl de Vega A, Andonián O y Giuliadori M A (2007). *La atención de las personas dependientes en Argentina*. Proyecto

- A/2837/05 Financiado por la Agencia Española de Cooperación Internacional. Facultad de Ciencias Empresariales. Universidad de Extremadura. España. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. Edit Asoc Cooperadora FCE-UNC. Córdoba. Argentina
2. CONSEJO DE EUROPA (1998): Recomendación relativa a la dependencia; R(98)9.
 3. CONSEJO DE LA UNIÓN EUROPEA (2001). Envejecimiento de la población: incidencia en las finanzas públicas. Comité de Política Económica.
 4. Dirección de Información Parlamentaria del Congreso de la Nación Av. Rivadavia 1864 (2º piso) - Buenos Aires. Argentina
 5. EUROPEAN COMMISSION AND THE COUNCIL (2003). *Supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly*. Brussels
 6. Giuliadori R F, González M V y Heredia M (2006). *El trabajo informal urbano en Argentina en el periodo 1995-2003. Un análisis de su evolución, características y factores de riesgo*. Revista de Economía y Estadística. Instituto de Economía y Finanzas. Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina. En prensa.
 7. IMSERSO (1999). Vejez y Protección Social de la Dependencia en Europa. Observatorio de Personas Mayores. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid.
 8. INDEC (2005). *La población con discapacidad en la Argentina. Encuesta nacional de Personas con Discapacidad (ENDI)*.
 9. INDEC (2001). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001*. Buenos Aires. Argentina.
 10. INE (2002). *Base definitiva de la "Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999*, Madrid.
 11. INE (2002). *Cuestionarios de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999*, Madrid.
 12. INE (2002). *Metodología de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud, 1999*, Madrid.
 13. LEY 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, BOE de 15 de diciembre de 2006. España.
 14. MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2004). "Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco". Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familia y Discapacidad. 23 de Diciembre de 2004. España
 15. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1997). Clasificación Internacional de Deficiencias. Actividades y Participación; CIDDM-2.
 16. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Edita la versión en lengua española: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.
 17. Querejeta González (2004). Discapacidad/Dependencia, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
 18. Rodríguez Rodríguez P (2001). *El envejecimiento de las personas con discapacidad*. IMSERSO.
 19. Üstün T B et al (2001). *Disability and Culture: Universalism and Diversity*. Organización Mundial de la Salud. Hogrefe & Huber Publisher.